



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

**PLAN DE CUIDADOS PARA PACIENTES CON SINDROME
CONFUSIONAL AGUDO EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS.**

**CARE PLAN FOR PATIENTS WITH ACUTE CONFUSIONAL SYNDROME
IN INTENSIVE CARE UNITS.**

Autor/es

Marta Mompel Anadon

Director/es

Marisa de la Rica Escuín

Facultad Ciencias De La Salud Zaragoza

2020/2021

INDICE

Resumen	3
Abstract	4
1. Introducción	5 - 7
2. Objetivos	7 - 8
3. Metodología	8 - 9
4. Desarrollo	
4.1 Caso del paciente	10
4.2 Valoración	10 - 13
4.3 Diagnóstico de enfermería	14 - 20
4.4 Ejecución/ actividades	20 - 21
4.5 Evaluación	22
5. Conclusiones	22- 23
6. Bibliografía	23 - 24
7. Anexos	21- 25
Anexo 1	25 - 26
Anexo 2	26 - 27
Anexo 3	27
Anexo 4	28
Anexo 5	29

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

El síndrome confusional agudo (SCA) es un estado que provoca alteraciones a nivel de la conciencia y de la atención, así como también en las funciones cognitivas.

La unidad de cuidados intensivos (UCI) debido a su alta especialidad es considerada un área generadora de estrés y ansiedad en el paciente, considerándolos como los principales factores que desencadenan SCA.

Un diagnóstico precoz es fundamental para disminuir los riesgos, la estancia hospitalaria, la morbilidad y la mortalidad del paciente, por lo que los test diagnósticos más utilizados para identificar el SCA son el CAM, MMSE y la escala de sedación CAM-ICU.

Al ser considerado un síndrome multifactorial, enfermería tienen un papel muy importante en su prevención y diagnóstico.

OBJETIVOS:

Revisar la evidencia disponible sobre el síndrome confusional agudo en una unidad de cuidados intensivos (UCI).

METODOLOGÍA:

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en bases de datos científicas, páginas web y en un metabuscador, con el objetivo de obtener mayor información sobre el SCA en la UCI.

Con la información obtenida se ha desarrollado un plan de cuidados siguiendo el modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson y la taxonomía NANDA/NOC/NIC.

DESARROLLO:

Se describe un caso clínico elaborando un plan de cuidados y siguiendo las etapas del proceso enfermero. En primer lugar, se realiza una valoración y seguidamente se identifican los principales problemas proponiendo diagnósticos, intervenciones y actividades de enfermería que son más favorables para el paciente, el entorno, la familia del paciente y el personal sanitario. Finalmente, se planifican los objetivos y se evalúa lo anteriormente propuesto.

CONCLUSIONES:

Se resalta el importante papel que desempeña enfermería a la hora de diagnosticar y prevenir de manera precoz la aparición del SCA. Es fundamental una adecuada valoración y planificación para poder garantizar unos cuidados eficaces al paciente.

PALABRAS CLAVE:

Síndrome confusional agudo, unidad de cuidados intensivos, cuidados de enfermería, delirium, agitación, paciente crítico.

ABSTRACT

INTRODUCTION:

Acute confusional syndrome (ACS) is a state that causes alterations in consciousness and attention, as well as in cognitive functions.

The intensive care unit (ICU) due to its high specialty is considered an area that generates stress and anxiety in the patient, considering them as the main factors that trigger ACS.

An early diagnosis is essential to reduce risks, hospital stay, morbidity and mortality of the patient, so the most used diagnostic tests to identify ACS are the CAM, MMSE and the CAM-ICU sedation scale.

Being considered a multifactorial syndrome, nursing has a very important role in its prevention and diagnosis.

OBJETIVES:

To review the available evidence on acute confusional syndrome in an intensive care unit (ICU).

METHODOLOGY:

A bibliographic review has been carried out in scientific databases, web pages and in a metasearch engine ⁹with the aim of obtaining more information about ACS in the ICU.

With the information obtained, a care plan has been developed following the model of the 14 needs of Virginia Henderson and the NANDA / NOC / NIC taxonomy.

DEVELOPMENT:

A clinical case is described developing care plan following the stages of the nursing process. First, an assessment is carried out and then main problems are identified, proposing nursing diagnoses, interventions and activities that more favorable for the patient, the environment, the patient's family and the health personnel. Finally, the objectives will be planned and the previously proposed will be evaluated.

CONCLUSION:

The important role that nursing plays in the early diagnosis and prevention of the appearance of ACS is highlighted. Proper assessment and planning is essential to guarantee effective patient care.

KEY WORDS:

Acute confusional syndrome, intensive care unit, nursing care, delirium, agitation, critical patient.

INTRODUCCIÓN

El síndrome confusional agudo (SCA) o también llamado delirium es un estado confusional que no solo provoca alteraciones en el nivel de la conciencia y de la atención si no también en otras funciones cognitivas como la memoria, la orientación, el lenguaje, la percepción, el ciclo sueño-vigilia, la actividad psicomotriz (1,2).

Su periodo de inicio es variable ya que puede aparecer a las pocas horas tras el ingreso o por el contrario a los días. Este síndrome cursa con fluctuaciones: durante el día los pacientes presentan periodos de lucidez, mientras que por las noches empeoran (1,2).

Por lo general, se produce en pacientes que padecen una enfermedad médico/quirúrgica, o que han presentado alguna intoxicación o efecto secundario a algún medicamento, así como también en aquellos que sufren síndrome de abstinencia (1).

Existen 3 tipos de delirium, los cuales dependen de los síntomas clínicos que presente el paciente. En el hiperactivo, el paciente esta agitado, inquieto y agresivo mientras que, en el hipoactivo, está aletargado y apático. Finalmente, en el subclínico esta inquieto, ansioso e irritable (3).

Los pacientes que presentan delirio hipoactivo tienen más riesgo de no sobrevivir, sin embargo, los que sobreviven tienden a desarrollar una mejor función a largo plazo (4).

Los principales signos y síntomas que indican que el paciente esta presentando un cuadro de SCA son: (5)

- La desorientación que se trata de una alteración espacio temporal respecto al mundo exterior, de la consciencia y de la personalidad.
- La agitación, es incapaz de estarse quieto y en muchas ocasiones va acompañada de la desorientación.
- La agresividad, tiene actitudes inadecuadas tanto hacia el personal sanitario como hacia su familia.

Por lo que es muy importante identificar precozmente los factores de riesgo para así tratarlos lo más adecuadamente posible (Anexo 1).

También se ha visto que muchos de los fármacos empleados en la UCI son potenciales inductores del delirio, por lo tanto, su uso debe ser limitado, especialmente en pacientes de edad avanzada. Como son las Benzodiacepinas, Opioides (morfina), Anticolinérgicos, esteroides etc. (6).

Cuando el paciente presenta muchos de los signos y síntomas nombrados anteriormente su diagnóstico resulta casi obvio, pero cuando es al contrario y apenas presenta es importante realizar un examen exhaustivo de la función mental. Por lo que es imprescindible tener una historia clínica detallada del paciente y un examen físico y neurológico completo, así como también

conocer los factores predisponentes y precipitantes del paciente para poder iniciar el tratamiento adecuado (7).

Los factores predisponentes son: Edad avanzada, deterioro cognitivo, comorbilidad aumentada, fragilidad, abuso de alcohol y drogas y padecer una enfermedad grave. Mientras que los factores precipitantes son: Alteraciones metabólicas, benzodiacepinas, hipotensión, opioides, septicemia, sedación profunda, mal control del dolor, anticolinérgicos, ventilación mecánica, esteroides, trastornos del sueño y cirugía (8).

Por lo general, este síndrome es más frecuente en las personas hospitalizadas que en las que no (9), aunque varía según la situación clínica y el sistema de detención empleado. Así como también, tienen más posibilidad de padecerlo aquellos que han estado con ventilación mecánica, sedados (6) e ingresados en una unidad de cuidados intensivos (UCI) durante mayor tiempo (10,11).

Dependiendo del servicio en el que se encuentren ingresados los pacientes, la posibilidad de padecer SCA es mayor o menor. Se ha visto que en urgencias la probabilidad de padecerlo varía desde un 10 a un 30%, en los hospitalizados en plantas de un 6 a un 56%, en los operados entre un 15 y un 53% y finalmente en los ingresados en la UCI de un 70 a un 87%, se puede ver como el SCA afecta especialmente a los pacientes que se encuentran en situación crítica. Diversos estudios demuestran que este síndrome lo padecen más del 83% de los pacientes en su etapa final de la vida (12).

Debido a la alta especialización de la UCI esta es considerada un área generadora tanto de estrés como de ansiedad en el paciente, consecuencia de la aparición de dicho delirio o síndrome confusional agudo. Los factores que se consideran que causan mayor estrés en dichas unidades son la sed, la dificultad para conciliar el sueño, la intubación orotraqueal y la desubicación espacio-temporal (13).

Respecto al sueño, diversos estudios han demostrado que realizando una buena higiene del sueño se disminuye el riesgo de presentarlo o de tener un pronóstico desfavorable (8).

El delirium es un diagnóstico clínico ya que no existe ninguna prueba diagnóstica de sangre, electrofisiológica o de imagen (4).

Por eso, las escalas son el método más utilizado para su diagnóstico entre ellas: el Confusión Assessment Method (CAM) (Anexo 2) y la escala de sedación CAM-ICU (Anexo 3) aunque también hay otras herramientas como el IC- DSD y la escala de sedación agitación (RASS) (Anexo 4) (6), es imprescindible que el paciente pueda hablar para poder evaluar el delirio (8). Es muy importante el empleo de las escalas para diagnosticar el delirium ya que sin ellas se diagnostican menos de un tercio de los casos (6).

Cuando se quiere obtener más información se realiza una tomografía axial computarizada o una resonancia magnética para descartar hipertensión intracraneal o traumatismo craneal (7,14).

La resonancia magnética es de gran utilidad porque en las imágenes se ha visto cierta relación entre la duración del delirio en la UCI con la atrofia cerebral y las alteraciones en la sustancia blanca cerebral. Las investigaciones han demostrado que el delirio en la UCI produce tanto alteraciones en la

estructura cerebral, es decir, atrofia cerebral como alteraciones en la sustancia blanca, lo cual provoca que los pacientes sean más susceptibles de presentar delirio (4).

Recientemente la Asociación Estadounidense de Enfermeras de Cuidados Críticos ha desarrollado una serie de herramientas para unir las al paquete ABCDE, y lo han renombrado como "ABCDEF" que implica (8):

- Evaluar y manejar el dolor
- Valorar si es necesaria la sedación o no
- Monitorizar el delirio
- Movilizar tempranamente
- Participar y empoderar a la familia. (Anexo 5)

El objetivo de unificar varias técnicas es por el gran impacto sobre la salud que produce el SCA (15), provocando un gran deterioro funcional y alargando la estancia hospitalaria, así como también aumentando la tasa de mortalidad y de morbilidad (16,17, 18).

Tanto el conocimiento y reconocimiento de los factores, situaciones o intervenciones que más estrés producen en el paciente crítico, independientemente de que este sometido o no a ventilación mecánica son imprescindibles para poder crear un plan de actuación con el objetivo de eliminarlos o minimizarlos (2). El principal problema del desarrollo de este síndrome es el bajo conocimiento por parte del personal sanitario y la tardana implementación de herramientas para su identificación (6).

Muy a menudo se observa que los pacientes, independientemente de su situación clínica y causa de ingreso, presentan de manera brusca e inesperada SCA. Por eso es importante establecer un plan de cuidados, para ver si ofreciendo una guía sobre las actividades que debe desempeñar el personal de enfermería se es capaz de consolidar la evaluación como eje de mejora de las intervenciones a estos pacientes en esos momentos de crisis que les lleva a que en muchas ocasiones se prolongue su estancia hospitalaria y empeore su clínica.

El personal de enfermería tiene un papel muy importante a la hora de prevenir y diagnosticar el desarrollo de SCA ya que son los que más tiempo pasan con los pacientes y por tanto los que antes son conscientes de que el paciente esta sufriendo SCA. Esta detección precoz es muy útil ya que se aplicarán directamente los cuidados que necesiten según la fase en la que se encuentren, se les reducirá la estancia, la morbilidad, así como también el coste sanitario (17).

OBJETIVOS

Objetivo principal:

Revisar la evidencia disponible sobre el síndrome confusional agudo en una unidad de cuidados intensivos

Objetivos específicos:

Diseñar un plan de cuidados estandarizado dirigido a pacientes con síndrome confusional agudo en la unidad de cuidados intensivos basado en las taxonomías NANDA, NOC, y NIC

Objetivos concretos:

- Capacitar a las enfermeras para reconocer con antelación los factores ambientales desencadenantes del SCA mediante la evidencia científica más actualizada.
- Identificar cuales son los cuidados enfermeros que se deben aplicar a pacientes con SCA respecto a la última evidencia científica.
- Capacitar al personal de enfermería para prevenir, detectar y tratar a los pacientes con síndrome confusional agudo

METODOLOGIA

El diseño del estudio se centra en la importancia de una rápida implantación de los cuidados de enfermería en los pacientes en una unidad de cuidados intensivos para prevenir o disminuir la evolución del síndrome confusional agudo.

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en bases de datos científicas, páginas web y en un metabuscador. Las páginas webs consultadas han sido: NICE, NNN Consult y proyecto UCI.

Los criterios de inclusión han sido utilizar únicamente artículos que hubieran sido publicados desde el año 2001 hasta la actualidad, que estuvieran en inglés y en español y que las palabras clave formaran parte del título del texto. Mientras que los criterios de exclusión han sido aquellos artículos que no hicieran referencia a humanos y que no estuvieran disponibles a texto completo.

Las bases de datos utilizadas han sido Dialnet, Scielo, Pubmed y el metabuscador Google Scholar. Las palabras clave utilizadas han sido las siguientes: Síndrome confusional agudo, Unidad de cuidados intensivos, cuidados de enfermería, delirium, nursing, agitation, critically combinándolos con el operador booleano "AND" o "OR".

BASES DE DATOS	PALABRAS CLAVE	TOTAL DE ARTICULOS	ARTICULOS UTILIZADOS
DIALNET	"Síndrome confusional agudo" AND "unidad de cuidados intensivos"	8	3
SCIELO	"Delirium" AND "CAM"	3	1

PUBMED	" National Institute for Health and Clinical Excellence"	42	1
	"Delirium" AND "intensive care"	92	5
	"delirium" AND "critically ill patient"	42	2
	"elderly" AND "delirium" (aplique associated data)	57	1
	"delirium" AND "hospital elder life program"	9	1
SCIENCE DIRECT	"Síndrome confusional agudo"	32	2

METABUSCADOR	PALABRAS CLAVE	TOTAL DE ARTICULOS	ARTICULOS UTILIZADOS
GOOGLE SCHOLAR	"delirium" AND "anciano"	26	2
	"delirio" AND "paciente critico"	6	1
	"estado confusional agudo"	20	1
	"Delirium" AND "Manejo farmacológico"	9	1

DESARROLLO

CASO CLINICO

Paciente de 62 años no diabético ni hipertenso, sin alergias conocidas y exfumador desde hace 5 años. Es llevado a la unidad de cuidados intensivos tras la implantación de un drenaje ventricular cerebral. El paciente llega a la UCI intubado, conectado a ventilación mecánica y portador tanto de sonda vesical como nasogástrica. Se mantiene la sedación durante unas horas y la tensión arterial se mantiene controlada con drogas vasoactivas. Al día siguiente se le extuba, sin ninguna incidencia, y se van retirando las drogas vasoactivas hasta mantener unas constantes estables, él se encuentra algo adormilado pero tranquilo. La noche siguiente a la extubación sufre un cuadro de desorientación, está agitado, grita diciendo que se quiere ir, que no sabe dónde está y se quita la sonda nasogástrica, las gafas nasales y también intenta quitarse la sonda vesical, pero lo impide la enfermera, debido a su estado es necesario contenerlo físicamente.

VALORACIÓN

Para valorar la situación del paciente se va a utilizar el modelo enfermero de las 14 necesidades de Virginia Henderson, ya que nos ayudará a identificar los problemas y a planificar las actuaciones de enfermería.

Seguidamente se nombran las 14 necesidades comentando aquellas que se encuentran afectadas y diferenciando el estado del paciente cuando ingreso a cuando sufrió el cuadro.

Necesidades	Ingreso	Cuadro SCA
Necesidad 1 Respiración:	Mantiene buenas saturaciones ya que esta intubado y conectado a ventilación mecánica. La tensión arterial está controlada con una perfusión de noradrenalina	La respiración se encuentra afectada, tiene la frecuencia respiratoria acelerada, la tensión arterial en torno a 180/95 todo ello debido a ese cuadro de nerviosismo y agitación que sufre el paciente.
Necesidad 2: Alimentación/hidratación	Hidratado y con sonda nasogástrica con nutrición enteral. No presenta alergias.	Hidratado. Portador de sonda nasogástrica con alimentación enteral, la cual se retira cuando sufre el cuadro. No presenta alergias.
Necesidad 3: Eliminación	Portador de sonda vesical y de pañal para las heces.	Portador de sonda vesical y pañal para las heces.
Necesidad 4: Moverse y mantener postura	Encamado	Encamado y tras el cuadro con contenciones.
Necesidad 5: Reposo sueño	Adormilado por la sedación	La noche del cuadro presenta insomnio, agresividad, irritabilidad por lo que no descansa en toda la noche hasta que se le administra medicación.

Necesidad 6: Vestirse / desvestirse	Dependiente	Necesita ayuda
Necesidad 7: Termorregulación	Afebril	Afebril
Necesidad 8: Higiene piel	Piel íntegra sin enrojecimientos. Necesita ayuda de las auxiliares y enfermeras para el aseo personal. Riesgo de úlceras por presión	Piel íntegra sin enrojecimientos. Necesita ayuda de las auxiliares y enfermeras para el aseo personal. Riesgo de úlceras por presión
Necesidad 9: Seguridad	Barandillas subidas.	Desorientado en tiempo y espacio. Agresivo con el personal sanitario. Barandillas subidas y contención abdominal, de manos y pies por riesgo a caerse y arrancarse vías y sondas.
Necesidad 10: Comunicación	Sin comunicación	Dificultad para mantener una conversación coherente.
Necesidad 11: Creencias y valores	No exploradas	No exploradas
Necesidad 12: Trabajar y realizarse	Activo	Activo

Necesidad 13: Ocio	No explorado	No explorado
Necesidad 14: Aprender	Consciente de su enfermedad y de lo que se le va a realizar.	Al despertar mostro interés por obtener información sobre como había ido la intervención.

DIAGNÓSTICO (19) / PLANIFICACIÓN

1. [00039] Riesgo de aspiración r/c presencia de intubación endotraqueal.

NOC	INDICADORES	NIC
[0412] Respuesta del destete de la ventilación mecánica: adulto	[41211] Saturación de oxígeno [41223] Dificultad para respirar por si mismo [41212] Capacidad vital	[1080] Sondaje nasogástrico [3140] Manejo de la vía aérea [3200] Precauciones para evitar la aspiración [3310] Destete de la ventilación mecánica
[0912] Estado neurológico: consciencia	[91202] Orientación cognitiva [91203] Comunicación apropiada a la situación [91204] Obedece órdenes [91213] Delirio	

2. [00099] Mantenimiento ineficaz de la salud r/c Alteración del funcionamiento cognitivo m/p conductas inadecuadas.

NOC	INDICADORES	NIC
[0900] Cognición	[90005] Está orientado [90011] Toma decisiones apropiadas [90009] Procesa la información	[6610] Identificación de riesgos [4420] Acuerdo con el paciente [4700] Reestructuración cognitiva

[1805] Conocimiento: conducta sanitaria	[180502] Estrategias para controlar el estrés [180504] Patrones de sueño-vigilia normales	
---	--	--

3. [00198] Trastorno del patrón del sueño r/c desorientación m/p agitación nocturna, inquietud.

NOC	INDICADORES	NIC
[0004] Sueño	[403] Patrón del sueño [421] Dificultad para conciliar el sueño [401] Horas de sueño	[6482] Manejo ambiental: confort [1850] Mejorar el sueño [6040] Terapia de relajación.

4. [00128] Confusión aguda r/c alteración del funcionamiento cognitivo m/p agitación, alucinaciones, delirio.

NOC	INDICADORES	NIC
[0916] Nivel de delirio	[91601] Desorientación temporal [91602] Desorientación espacial [91605] Deterioro cognitivo [91612] Verbalizaciones sin sentido [91615] Inquietud [91617] Agitación	[4700] Reestructuración cognitiva [6450] Manejo de las ideas delirantes [4820] Orientación de la realidad [6440] Manejo del delirio [1850] Mejorar el sueño [6482] Manejo ambiental: confort

	[91619] Empeoramiento al anochecer [91621] Delirios [91620] Alucinaciones	[6510] Manejo de las alucinaciones
[0901] Orientación cognitiva	[90103] Identifica el lugar dónde está [90102] Identifica a los seres queridos [90104] Identifica el día presente	

5. [00074] Afrontamiento familiar comprometido r/c preocupación familiar por la actitud del paciente m/p conocimiento insuficiente, incertidumbre.

NOC	INDICADORES	NIC
[2506] Salud emocional del cuidador principal	[250601] Sensación de control [250617] Afrontamiento [250608] Frustración	[5270] Apoyo emocional [7110] Fomentar la implicación familiar [5230] Mejorar el afrontamiento

6. [00035] Riesgo de lesión r/c enfermedad aguda.

NOC	INDICADORES	NIC
[1912] Caídas	[191204] Caídas de la cama	<p>[6490] Prevención de caídas</p> <p>[6486] Manejo ambiental: seguridad</p> <p>[3540] Prevención de úlceras por presión</p> <p>[6450] Manejo de las ideas delirantes</p> <p>[4820] Orientación de la realidad</p> <p>[6580] Sujeción física</p>
[0916] Nivel de delirio	<p>[91601] Desorientación temporal</p> <p>[91602] Desorientación espacial</p> <p>[91605] Deterioro cognitivo</p> <p>[91612] Verbalizaciones sin sentido</p> <p>[91615] Inquietud</p> <p>[91617] Agitación</p> <p>[91619] Empeoramiento al anochecer</p> <p>[91621] Delirios</p> <p>[91620] Alucinaciones</p>	

7. [00138] Riesgo de violencia dirigida a otros r/c conductas agresivas hacia el personal sanitario.

NOC	INDICADORES	NIC
[1401] Autocontrol de la agresión	[140101] Se abstiene de arrebatos verbales [140104] Se abstiene de dañar a los demás [140109] Controla los impulsos [140113] Identifica responsabilidad para mantener el control [140118] Mantiene el acuerdo para abstener de conductas agresivas	[6487] Manejo ambiental: prevención de la violencia [6510] Manejo de las alucinaciones [6580] Sujeción física [6630] Aislamiento [5820] Disminución de la ansiedad [4350] Manejo de la conducta [4360] Modificación de la conducta
[1214] Nivel de agitación	[121402] Inquietud [121412] Se arranca los tubos o las sujeciones [121414] Se agarra [121416] Golpea [121423] Expresiones verbales inadecuadas [121426] Sueño interrumpido [121430] Aumento de la frecuencia del pulso radial [121431] Aumento de la frecuencia respiratoria [121432] Insomnio	

8. [00146] Ansiedad r/c estrés ante estímulos ambientales m/p agitación, insomnio, irritabilidad, nerviosismo.

NOC	INDICADORES	NIC
[1211] Nivel de ansiedad	[121102] impaciencia [121105] Inquietud [121108] Irritabilidad [121106] Tensión muscular [121121] Aumento de la frecuencia respiratoria	[5820] Disminución de la ansiedad [6040] Terapia de relajación
[1214] Nivel de agitación	[121120] Aumento de la velocidad del pulso [121129] Trastorno del sueño [121133] Nerviosismo [121140] Dificultad para relajarse	
[1212] Nivel de estrés	[121201] Aumento de la presión arteria [121202] Aumento de la frecuencia del pulso radial [121203] Aumento de la frecuencia respiratoria [121213] Inquietud [121214] Trastornos del sueño	

[0004] Sueño	[403] Patrón del sueño [421] Dificultad para conciliar el sueño [401] Horas de sueño	
[1331] Adaptación al traslado	[131101] Reconoce la razón del cambio en el entorno de vida [131106] Expresa satisfacción con las relaciones sociales [131111] Muestras un estado de ánimo positivo [131113] Respeta los derechos de los demás [131114] Mantiene relaciones positivas con la familia [131116] Mantiene relaciones positivas con los demás del nuevo entorno [131118] Agitación	

EJECUCIÓN / ACTIVIDADES

El delirium se puede prevenir tanto con medidas farmacológicas como con no farmacológicas en las cuales la enfermera desempeña un importante papel. Son preferibles las medidas no farmacológicas y reservar las farmacológicas en aquellos pacientes en los que se ve amenazada su salud y la seguridad de la familia y del personal sanitario (14,20). Con las medidas farmacológicas hay que tener cierto cuidado ya que se ha visto que los antipsicóticos provocan efectos secundarios como: prolongar la duración del delirio, caídas, aspiración, somnolencia, hipotensión etc. Por eso son considerados de segunda opción (14).

Actualmente no hay ningún fármaco aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para el tratamiento del delirio (14,21). Los fármacos más utilizados para este tipo de cuadro son los neurolépticos (haloperidol) y en menor medida las benzodiacepinas (están restringidas para situaciones concretas) y los antipsicóticos. Aunque no hay la suficiente evidencia como para demostrar que estos fármacos reducen la gravedad y la duración del delirio (1,14).

El delirium al ser de etiología multifactorial las actividades se pueden enfocar a diferentes áreas de actuación que son de mayor riesgo para desencadenar delirium (21):

Respecto al deterioro cognitivo las técnicas empleadas serán orientar en espacio y tiempo poniendo en el box: un reloj, calendario, fotografías de su familia, dibujos de sus hijos o nietos, ventana, radio, televisión etc. (1,20). Mantener el mayor grado de comunicación con el paciente y que el personal sanitario lleve la identificación y se presente cuando se dirija al paciente (15).

Respecto al ciclo sueño-vigilia conseguir un ambiente tranquilo, sin ruidos, disminuir la luz durante la noche y así diferenciar cuando es de día (18,20), disminuir el número de despertares por actividades de cuidado o controles durante la noche por parte del personal sanitario (22), favorecer el sueño por medios naturales: oscuridad, silencio, música relajante etc. (15). En resumen, que sea un box que le proporcione confort al paciente a la hora de dormir.

Respecto a la alimentación mantener una adecuada hidratación y nutrición (6). Y en relación a la inmovilidad (1,18,22), fomentar una movilidad precoz, realizando ejercicios activos y pasivos, limitando los dispositivos que disminuyen la movilidad como son las sondas, catéteres etc. (15) y retirando las contenciones que fueron necesarias en algún momento del cuadro pero que debido a la mejoría ya no son necesarias (21).

Respecto a las actividades dirigidas hacia la familia es necesario ayudarles a comprender el cuadro que esta sufriendo su familiar aportándoles comprensión, escucha y apoyo emocional incluso hacerles partícipes ya que su figura puede servir de ayuda al paciente para orientarse (20,22). También es necesario enseñarles a identificar las señales que indican que el paciente esta sufriendo un cuadro de SCA: gritos, agitación, sudoración, hipertensión, inquietud, agresividad...

Hay diferentes programas para tratar y prevenir el delirium los cuales recogen una guía con diferentes actividades para llevar a cabo, por un lado, esta el programa Hospital Elder Life (HELP), ha demostrado ser eficaz para prevenir y reducir el delirio y el deterioro funcional y cognitivo, así como también fomenta la independencia tras el alta, disminuye los gastos sanitarios y evita un reingreso no programado (21,23).

Otro programa es el del Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica del Reino Unido (NICE) cuya función es evaluar y tratar el deterioro cognitivo o la desorientación, así como también la deshidratación, nutrición, hipoxia, inmovilidad, medicación, dolor, deterioro sensorial y sueño (14,21,24).

EVALUACIÓN

El plan de cuidados tiene que estar continuamente en revisión para asegurar que se le están ofreciendo los cuidados adecuados al paciente.

Por esta razón hay que estar frecuentemente valorando las necesidades identificadas y los resultados que se esperan conseguir para ver si es necesario cambiar las actividades e intervenciones propuestas inicialmente.

En el caso de dicho paciente se valorará su adaptación ante las intervenciones pautadas y si le están siendo eficaces para que el SCA no avance y disminuya el riesgo que compromete su salud. Por tanto, se evaluará la eficacia del plan valorando:

- El logro de los resultados esperados según los NOC empleados.
- La eficacia de las intervenciones NIC, viendo si se han conseguido los objetivos propuestos.
- Que las medidas no farmacológicas hayan sido la primera opción y efectivas.
- Que el SCA haya disminuido o incluso desaparecido tras haber aplicado el plan de cuidados planteado.
- Los resultados de las escalas realizadas durante el cuadro sean diferentes a las realizadas tras haber aplicado el plan de cuidados.
- Que los ítems que se encontraran bajos hayan aumentado tras la aplicación del plan de cuidados.

Las actividades e intervenciones propuestas en este plan de cuidados no se han podido llevar a cabo en la realidad por lo que tampoco se ha podido comprobar si este plan de cuidados es efectivo en este caso clínico. Basándonos en los artículos revisados sobre el síndrome confusional agudo, se ha diseñado este plan de cuidados, que desde mi punto de vista este sería efectivo a la hora de disminuir la mortalidad o morbilidad del paciente.

CONCLUSIONES

La evidencia científica disponible sobre el síndrome confusional agudo nos indica que la atención integral por parte de enfermería en una unidad de cuidados intensivos es imprescindible para prevenir y tratar el SCA, ya que se ha observado como con un adecuado seguimiento y control se puede mejorar el cuadro y conseguir disminuir los riesgos de mortalidad y morbilidad en el paciente.

La implantación de un plan de cuidados se ha visto que es esencial en pacientes con síndrome confusional agudo, ya que las actividades e intervenciones propuestas por parte de enfermería se centran en prevenir la aparición o disminuir sus manifestaciones, incluso en detectar los posibles factores de riesgo.

Es importante capacitar a la enfermeras a reconocer con antelación los signos y síntomas porque dicho síndrome al ser multifactorial, hay que tener muchas áreas en cuenta a la hora de prevenir su desarrollo. Por eso es importante

conocer la clínica y los factores de riesgo del delirium, para así anticiparse a la situación y evitar el empeoramiento del paciente.

Las últimas evidencias científicas recomiendan que los factores de riesgo deben ser tratados con medidas no farmacológicas y en caso de que estas se resistieran o se encontrara comprometida la salud del paciente se pasarían a utilizar las medidas farmacológicas.

Además de capacitar al personal de enfermería para detectar a los pacientes con síndrome confusional agudo, se ha visto que la familia en esta situación también juega un importante papel, especialmente en una unidad de cuidados intensivos ya que estos pacientes pasan muchas horas solos lo cual fomenta dicho estrés y ansiedad, por lo que poniendo un horario mas flexible y ampliado ayudaría a que los pacientes no se sintieran en un entorno tan desconocido para ellos.

Para finalizar el crear un ambiente confortable para el paciente haciéndole sentir lo más cerca de su familia y de su entorno es una medida que reduce notablemente la presencia del SCA y es algo que está al alcance de todos. Por tanto, insisto en que esta medida se debería aplicar en todos los pacientes independientemente de que tengan mayor probabilidad de desarrollar SCA o no, porque el estar en un hospital es una situación dura para todos pero puede ser menos dura si te sientes lo más parecido posible a casa.

BIBLIOGRAFIA

1. Parra A, Barragán D, Tejeiro J. Protocolo diagnóstico y terapéutico del síndrome confusional agudo. *Medicine*. 2019; 12(74): 4371-5.
2. González A., Libre J. Estado confusional agudo en el paciente anciano. *Rev Cuba Med Mil*. 2001; 30:89-96
3. Morandi A, Pandharipande PP, trabucchi M, Rozzini R, Mistraletti G. Understanding international differences in terminology for delirium and other types of acute brain dysfunction in critically ill patients. *Intensive Care Med*. 2008; 34:1907-1915
4. Reade MC, Finfer S. Sedation and delirium in the intensive care unit. *N Engl J Med*. Enero 2014; 370(5): 444-54.
5. Rodríguez J, Martín R, Jorge R, Iniesta J, Palazón C, Carrión F, Parra F, López A, Martínez M. Síndrome confusional agudo en UCI: Factores que influyen y actitud de enfermería. *Enferm Intensiva* 2001; 12(1): 3-9.
6. Kotfis K, Marra A, Ely EW. ICU delirium - a diagnostic and therapeutic challenge in the intensive care unit. *Anaesthesiol Intensive Ther*. 2018;50(2):160-167.
7. Lázaro-Del Nogal M, Ribera-Casado J.M. Síndrome confusional (delirium) en el anciano. *Psicogeriatría* 2009; 1 (4): 209-221
8. Hayhurst CJ, Pandharipande PP, Hughes CG. Intensive Care Unit Delirium: A Review of Diagnosis, Prevention, and Treatment.
9. Ely E.W, Gautam S, Margolin R, Francis J, May L, Speroff T, Truman B, Dittus R, Bernard R, Inouye S.K. The impact of delirium in the intensive care unit on hospital length of stay. *Intensive care med*. 2001; 27 (12): 1892-1900

10. Pandharipande PP, Patel MB, Barr J. Management of pain, agitation, and delirium in critically ill patients. 2014; 124(3): 114-23
11. Palencia- Herrejón E, Romera M.Á, Silva J.A y grupo de trabajo de analgesia y sedación de la semicyuc. Delirio en el paciente critico. Medicina intensiva 2008; 32 (1) :77-91.
12. Sánchez J, Baquero M y Vílchez J. Síndrome confusional agudo: Manejo diagnóstico y terapéutico. Medicine. 2007; 9(77): 4969-4973.
13. Ayllón N, Álvarez M y González M. Factores ambientales estresantes percibidos por los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos. Enfermería Intensiva 2007; 18 (4): 159-67
14. Kukreja D, Günther U, Popp J. Delirium in the elderly: Current problems with increasing geriatric age. Indian J Med Res. Diciembre 2015; 142:665-662.
15. Proyecto UCI [Internet]. [Citado el 18 de abril de 2021]. Disponible en: <https://proyectohuci.com/es/inicio/>
16. Sotolongo Arro O, Pastora Domínguez Sotolongo S. Comportamiento del Delirium en el anciano. Rev Habanera de Ciencias Médicas. 2014; 13(2):187-195
17. Tobar E, Romero C, Galleguillos T, Fuentes P, Cornejo R, Lira MT. Confusion Assessment Method for diagnosing delirium in ICU patients (CAM- ICU): Cultural adaptation and validation of the Spanish version. Med Intensiva. 2013; 34(1):4-13.
18. Patel J, Baldwin J, Bunting P, Laha S. The effect of a multicomponent multidisciplinary bundle of interventions on sleep and delirium in medical and surgical intensive care patients. Anaesthesia 2014; 69 (6): 540-9
19. NNN Consult. [Página Web]. Elsevier. [citado el 30 de marzo de 2021] Disponible en: <https://www.nnnconsult.com.roble.unizar.es:9443/>
20. O'Mahony R, Murthy L, Akunne A, Young J Guideline Development Group. Synopsis of the National institute for Health and Clinical Excellence guideline for prevention of delirium. Ann Intern Med. 2011; 154:746-51
21. Tiare Quiroz O, Esperanza Araya O. y Patricio Fuentes G. Delirium: update on non pharmacological management. Revista chile Neuropsiquiatría. Diciembre 2014; vol.52 nº 4
22. Cachón Pérez J.M, Álvarez López C. y Palacios Ceña D. Medidas no farmacológicas para el tratamiento del síndrome confusional agudo en la unidad de cuidados intensivos. Enfermería Intensiva. 2014; 25 (2): 38-45
23. Strijbos M.J, Steunenbergh B, van der Mast R.C. et al. Design and methods of the Hospital Elder Life Program (HELP), a multicomponent targeted intervention to prevent delirium in hospitalized older patients: efficacy and cost-effectiveness in Dutch health care. BMC Geriatr. Julio 2013; 13: 78.
24. NICE. [Internet]. [Citado el 4 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk>

ANEXOS

Anexo 1

FACTORES PREDISPONENTES	FACTORES PRECIPITANTES O NOXAS NOCIVAS CONTRIBUYENTES
FACTORES DEMOGRÁFICOS: <ul style="list-style-type: none"> - Género masculino - Edad mayor de 65 años 	<u>EXOGENOS:</u> <ul style="list-style-type: none"> • QUÍMICOS: <ul style="list-style-type: none"> - Fármacos: Anticolinérgicos, esteroides, sedantes/opioides (exceso o retirada brusca) ... - Tratamiento con múltiples fármacos. - Tóxicos: alcohol y otras drogas de abuso (intoxicación o abstinencia) - Pobre estado nutricional (déficits vitamínicos, baja albuminemia, etc. • FÍSICOS: <ul style="list-style-type: none"> - Politraumatismo - Traumatismos craneoencefálicos (conmoción cerebral, etc.) - Psicoambientales - Cirugía (ortopédica, cardíaca y otras) - Dolor, estrés emocional - Sujeción mecánica, sondaje vesical - Uso de varios procedimientos invasivos (ingreso en UCI, etc.) - Deprivación de sueño prolongada
FACTORES MÉDICOS: <ul style="list-style-type: none"> - Déficit sensorial (ceguera o déficit visual; sordera parcial o total) o cognitivo (historia de delirium previo; demencia, deterioro cognitivo o depresión) - Disminución de ingesta oral (malnutrición y deshidratación) - Dependencia funcional previa (Barthel bajo; historia de caídas, inmovilidad, bajo nivel de actividad) - Insuficiencia de órganos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Insuficiencia respiratoria ▪ Insuficiencia cardíaca ▪ Insuficiencia hepática/cirrosis ▪ Endocrinopatías ▪ Anemia crónica 	<u>ENDÓGENOS:</u> <ul style="list-style-type: none"> • INTRACRANEALES <ul style="list-style-type: none"> - Epilepsia-estados postictales - Ictus isquémico/ hemorrágico (particularmente hemisferio no dominante) - Infecciones intracraneales (meningitis-encefalitis) • EXTRACRANEALES <ul style="list-style-type: none"> - Trastornos hidroelectrolíticos y del ácido-base - Insuficiencias orgánicas agudas: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Insuficiencia respiratoria (hipercapnia y/o hipoxemia) ▪ Insuficiencia cardíaca aguda/hipotensión grave ▪ Insuficiencia renal (uremia-encefalopatía urémica) ▪ Insuficiencia hepática (encefalopatía hepática aguda) ▪ Endocrinopatías descompensadas (híper/

	<p>hipoglucemias, etc.)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anemia aguda - Síndrome febril/hipotermia - Infecciones/sepsis - Enfermedad aguda severa - Complicaciones yatrógenas
--	--

Fuente: J.C Sánchez Manso, M. Baquero Toledo y J.J Vílchez. 2007

Anexo 2

CAM
<p>El diagnóstico de delirium por el CAM requiere la presencia de la 1 y la 2 más alguna de las otras dos (3 y/o 4).</p> <p>1. Inicio agudo y curso fluctuante</p> <p>Viene indicado por responder de forma afirmativa a las siguientes cuestiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Hay evidencia de un cambio del estado mental del paciente con respecto a su estado previo hace unos días? - ¿Ha presentado cambios de conducta el día anterior, fluctuando la gravedad? <p>2. Inatención</p> <p>Viene indicado por responder de forma afirmativa a la siguiente cuestión: ¿Presenta el paciente dificultades para fijar la atención? (p. ej., se distrae fácilmente, siendo difícil mantener una conversación; las preguntas deben repetirse, persevera en una respuesta previa, contesta una por otra o tiene dificultad para saber de qué estaba hablando)</p> <p>3. Desorganización del pensamiento</p> <p>Viene indicado por responder de forma afirmativa a la siguiente cuestión: ¿Presenta el paciente un discurso desorganizado e incoherente, con una conversación irrelevante, ideas poco claras o ilógicas, con cambios de tema de forma impredecible?</p> <p>4. Alteración del nivel de conciencia</p> <p>Viene indicado por responder de forma afirmativa a otra posibilidad diferente a un estado de 'alerta normal' en la siguiente cuestión:</p> <p>¿Qué nivel de conciencia (como capacidad de ser influido por el entorno) presenta el paciente?</p>

1. Alerta (normal)
2. Vigilante (hiperalerta)
3. Letárgico (inhibido, somnoliento)
4. Estuporoso (difícil despertarlo)
5. Comatoso (no se despierta)

Fuente: M. Lázaro Del Nogal, J.M. Ribera-Casado. 2009

Anexo 3

Criterios y Descripción del CAM-ICU				
1. Inicio agudo o curso fluctuante	Ausente	Presente		
<p>A. Hay evidencia de un cambio agudo en el estado mental sobre el estado basal?</p> <p style="text-align: center;">O</p> <p>B. Ha fluctuado el comportamiento (anormal) en las últimas 24 horas, es decir, tiende a aparecer y desaparecer, o aumenta y disminuye en severidad evidenciado por la fluctuación en una escala de sedación (p.e., RASS), Escala de Glasgow, o evaluación previa del Delirio?</p>				
2. Inatención	Ausente	Presente		
<p>¿Tuvo el paciente dificultad para fijar la atención, evidenciada por puntajes menores a 8 en cualquiera de los componentes visual o auditivo del Examen de Tamizaje para la Atención (ASE)? (Instrucciones en la página siguiente).</p>				
3. Pensamiento desorganizado	Ausente	Presente		
<p>¿Hay evidencia de pensamiento desorganizado o incoherente evidenciado por respuestas incorrectas a 2 o más de las 4 preguntas, y/o incapacidad para obedecer órdenes?</p> <p>Preguntas (Alternar grupo A y grupo B):</p> <table><tr><td><p style="text-align: center;">Grupo A</p><p>1. ¿Podría flotar una piedra en el agua?</p><p>2. ¿Existen peces en el mar?</p><p>3. ¿Pesa más una libra que dos libras?</p><p>4. ¿Se puede usar un martillo para pegarle a un clavo?</p></td><td><p style="text-align: center;">Grupo B</p><p>1. ¿Podría flotar una hoja en el agua?</p><p>2. ¿Existen elefantes en el mar?</p><p>3. ¿Pesan más dos libras que una libra?</p><p>4. ¿Se puede usar un martillo para cortar madera?</p></td></tr></table> <p>Otros:</p> <p>1. ¿Tiene usted algún pensamiento confuso o poco claro?</p> <p>2. Muestre esta cantidad de dedos. (El examinador muestra dos dedos en frente del paciente).</p> <p>3. Ahora repita lo mismo con la otra mano. (Sin repetir el mismo número de dedos).</p>			<p style="text-align: center;">Grupo A</p> <p>1. ¿Podría flotar una piedra en el agua?</p> <p>2. ¿Existen peces en el mar?</p> <p>3. ¿Pesa más una libra que dos libras?</p> <p>4. ¿Se puede usar un martillo para pegarle a un clavo?</p>	<p style="text-align: center;">Grupo B</p> <p>1. ¿Podría flotar una hoja en el agua?</p> <p>2. ¿Existen elefantes en el mar?</p> <p>3. ¿Pesan más dos libras que una libra?</p> <p>4. ¿Se puede usar un martillo para cortar madera?</p>
<p style="text-align: center;">Grupo A</p> <p>1. ¿Podría flotar una piedra en el agua?</p> <p>2. ¿Existen peces en el mar?</p> <p>3. ¿Pesa más una libra que dos libras?</p> <p>4. ¿Se puede usar un martillo para pegarle a un clavo?</p>	<p style="text-align: center;">Grupo B</p> <p>1. ¿Podría flotar una hoja en el agua?</p> <p>2. ¿Existen elefantes en el mar?</p> <p>3. ¿Pesan más dos libras que una libra?</p> <p>4. ¿Se puede usar un martillo para cortar madera?</p>			
4. Nivel de Conciencia alterado	Ausente	Presente		
<p>¿Tiene el paciente un nivel de conciencia diferente al estado de <i>alerta</i>, tales como vigilante, letárgico, o estupor (p.e., RASS diferente a “0” al momento de la evaluación)</p>				
Alerta:	espontánea y plenamente conciente del medio ambiente e interactúa apropiadamente			
Vigilante:	hiperalerta			
Letárgico:	somnoliento pero fácil de despertar, no conciente de algunos elementos del medio ambiente, o no interactúa de manera apropiada y espontánea con el entrevistador; llega a estar plenamente conciente e interactúa apropiadamente con estímulos mínimos			
Estupor:	Incompletamente conciente cuando es estimulado fuertemente; puede ser despertado únicamente con estímulos vigorosos y repetidos, y tan pronto como el estímulo cesa, vuelve al estado de no respuesta			
CAM-ICU general (Criterios 1 y 2 y cualquiera de los criterios 3 ó 4):	Sí	No		

Fuente: Wesley Ely, MD, MPH and Vanderbilt University.

Anexo 4

Escala RASS (*Richmond Agitation Sedation Scale*) de sedación-agitación

- + 4: Combativo:** Violento, representa un riesgo inmediato para el personal
- + 3: Muy agitado:** Agresivo, se intenta arrancar tubos y catéteres
- + 2: Agitado:** Se mueve de manera desordenada, lucha con el respirador
- + 1: Inquieto:** Ansioso, sin movimientos desordenados, agresivos ni violentos
- 0: Despierto y tranquilo**
- 1: Somnolencia:** no completamente alerta, se mantiene despierto más de 10 seg.
- 2: Sedación ligera:** despierta a la voz y mantiene contacto visual menos de 10 seg.
- 3: Sedación moderada:** movimientos o apertura ocular a la voz, no dirige la mirada
- 4: Sedación profunda:** se mueve o abre los ojos a la estimulación física, no a la voz
- 5: No despertable:** no responde a la voz ni a la estimulación física

Procedimiento para la valoración RASS:

1. Observar al paciente; si está despierto, inquieto o agitado, puntuar de 0 a +4
2. Si no está despierto, llamarlo por su nombre y pedirle que abra los ojos y mire al examinador. Si abre los ojos o responde con movimientos, puntuar de -1 a -3.
3. Si no responde a la llamada, estimular al paciente dándole palmadas en el hombro y/o frotándole el esternón, y puntuar -4 ó -5 según la respuesta.

Fuente: Palencia- Herrejón E, Romera M.Á, Silva J.A y grupo de trabajo de analgesia y sedación de la semicyuc. 2008.

Anexo 5



Assess, prevent & manage pain

- CPOT or BPS to assess pain, insure adequate pain control
- Use of regional anesthesia and nonopioid adjuncts
- Analgesia-based sedation techniques with fentanyl



Both SAT & SBT

- Daily linked SAT and SBT
- Multidisciplinary coordination of care
- Faster liberation from MV



Choice of sedation

- Targeted light sedation when sedation necessary
- Avoidance of benzodiazepines
- Dexmedetomidine if high delirium risk, cardiac surgery, MV weaning



Delirium monitoring & management

- Routine CAM-ICU or ICDSC assessments
- Nonpharmacologic intervention, including sleep hygiene
- Dexmedetomidine or antipsychotic if hyperactive symptoms



Early mobility & exercise

- Physical and occupational therapy assessment
- Coordinate activity with SAT or periods of no sedation
- Progress through range of motion, sitting, standing, walking, ADLs



Family engagement & empowerment

- Reorientation, provision of emotional and verbal support
- Cognitive stimulation, participation in mobilization
- Participation in multidisciplinary rounds

Fuente: Hayhurst CJ, Pandharipande PP, Hughes CG. 2016.